

<<< 問診表 >>> # _____, _____ / _____ / _____

ふりがな： _____

お名前： _____ 様 性別：男・女

生年月日：昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日, 年齢 _____ 歳

住所：〒 _____ 自宅 _____ 携帯 _____

・今日はどうされましたか。（今、一番心配なことなど）

・その症状はいつ頃からですか。

・今までに大きな病気で治療や手術を受けたことがありますか。

ない・ある（糖尿病・高血圧・高脂血症・がん・喘息・肝臓病・心臓病・胃潰瘍・腎臓病・その他）

手術名 _____ （ _____ 年 _____ 月頃）

・じんましんやアレルギーを起こしたことがありますか。

1. ない 2. ある（食物： _____, 薬： _____, 注射： _____）

・現在、飲んでいるお薬がありますか。

1. ない 2. ある（どんなお薬ですか： _____）

・今日、最後の食事は何時頃ですか。 _____ 時頃

・食欲はいかがですか。おいしいですか。 はい・いいえ

・便通は毎日ありますか。 はい・いいえ

・よく眠れますか。 はい・いいえ（寝付きが悪い・夜中に目が覚める・朝早く目が覚める）

・タバコを吸いますか。 1. 吸わない 2. 吸う（1日 _____ 本, _____ 歳から）

3. 以前吸っていた（1日 _____ 本, _____ 歳～ _____ 歳）

・お酒を飲みますか。 1. 飲まない 2. 時々（週 _____ 日） 3. ほぼ毎日

（何を _____ どのくらい _____）

（女性の方へ）最後の生理は（ _____ / _____ ～ _____ / _____）； 閉経 _____ 歳時

今、妊娠してますか。 はい・いいえ

病気や健康のことで心配なことがあれば書いて下さい。

当クリニック受診は？

知人から（ _____ さん） 地下鉄駅 携帯検索 インターネット ホームページ 他（ _____ ）